334

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 21 Juillet 1893, à 1 heure

PAR ANTOINE CATTELIN.

CONTRIBUTION A L'ETUDE

Du Traitement du Varicocèle

PAR LA RÉSECTION DU SCROTUM

Président : M. TILLAUX, Professeur.

Juges : MM. FARABEUF, Professeur. REYNIER et SÉBILEAU, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MEDECINE
HENRI JOUVE
15 — Rue Racine — 15
1893

334

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 21 Juillet 1893, à 1 heure

PAR ANTOINE CATTELIN.

CONTRIBUTION A L'ETUDE

Du Traitement du Varicocèle

PAR LA RÉSECTION DU SCROTUM

Président : M. TILLAUX, Professeur.

Juges : MM. FARABEUF, Professeur. REYNIER et SÉBILEAU, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MEDECINE
HENRI JOUVE
15 — Rue Racine — 15

1893

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen ..... M.	BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS.
Clinique médicale	G. SÉE. POTAIN. JACCOUD. PETER.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	TILLAUX. LE FORT. DUPLAY. LE DENTU
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER. PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BALLET.	GAUCHER.	MENÉTRIER.	SÉBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	NÉLATON.	TUFFIER.
BRISSAUD.	GLEY.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des travaux anatomiques.	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	QUENU.	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERER.	
CHAUFFARD.	LETULLE.	RICARD.	
DEJERINE.	MARFAN.		

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage d'amour filial

A MES FRÈRES

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR RECLUS

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine
Chirurgien des Hôpitaux

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TILLAUX

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté
Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Ancien Président de la Société de Chirurgie
Officier de la Légion d'Honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

AVANT-PROPOS

En 1832, Landouzy écrivait : « On trouverait difficilement dans le cadre nosologique une maladie qui ait été moins étudiée que le varicocèle. » Ce n'est pas cependant que les auteurs, même les plus anciens, ne se soient occupés de l'affection dont il s'agit. On trouve, en effet, dans les Traités les plus reculés, des passages qui indiquent la connaissance incomplète qu'ils avaient de cette maladie. Depuis Celse, qui, surpassant ses devanciers, précise et distingue parfaitement les varices du cordon, de l'épididyme et du scrotum, jusqu'aux temps actuels, où les chirurgiens les plus autorisés ont repris, en les perfectionnant, les méthodes anciennes, un grand nombre de Mémoires et de Thèses ont paru, qui traitent des causes des symptômes, et surtout des procédés opératoires imaginés pour guérir cette affection.

Aussi, n'avons-nous pas la présomption de vouloir ajouter à tant d'œuvres intéressantes. Notre but est

plus modeste, et nous nous bornerons à faire connaître et à préciser les détails du procédé que nous avons vu employer, en essayant de faire ressortir les avantages qu'il présente au double point de vue de l'opération et de ses résultats.

Nous nous félicitons, avant d'entreprendre notre sujet, de pouvoir offrir ici à M. Reclus, l'hommage de notre vive reconnaissance. C'est lui qui nous a inspiré notre thèse ; ses indications et ses conseils nous ont été d'un précieux secours dans la composition de ce modeste travail.

Que M. le Professeur Tillaux daigne agréer nos remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION — APERÇU HISTORIQUE

Sans nous étendre sur les idées plus ou moins théoriques successivement émises, pour expliquer la production du varicocéle, nous dirons pourtant quelques mots, utiles par l'intelligence du sujet, de la nature de cette affection.

Le varicocéle est une tumeur constituée par les varices des veines spermatiques. Celles-ci prennent naisssance dans le testicule et dans l'épididyme et forment un plexus au niveau du corps d'Highmore. Plusieurs troncs veineux se détachent de ce plexus, enlaçant l'artére spermatique, et se divisent en deux faisceaux dont l'un, le plus volumineux, est situé en avant du canal déférent et entoure l'artère spermatique, et dont l'autre, plus petit, situé en arrière, est en rapport avec l'artére déférentielle. Toutes ces veines pénètrent dans le canal inguinal, pour arriver dans la cavité abdominale.

De ces différents faisceaux, c'est au faisceau antérieur que la dilatation variqueuse se trouve le plus souvent localisée. Cette localisation peut même être absolue, et la palpation ne laisser découvrir aucune augmentation de volume des veines du groupe postérieur. D'un

autre côté, Horteloup a démontré que le varicocèle postérieur peut exister seul, sans dilatation appréciable du faisceau antérieur ou principal. Enfin, Doumenge a constaté que le varicocèle peut se cantonner à la queue de l'épididyme, à l'exclusion de toute autre localisation.

Le varicocèle, qui peut s'accompagner soit de lésions spéciales du côté des téguments, soit de varices des bourses ou des membres, est situé, dans la majorité des cas, du côté gauche, et même, d'après M. le Professeur Guyon, un varicocèle droit doit éveiller l'attention sur l'existence possible et souvent réelle d'une lésion rénale du coté correspondant. Cette cause pathologique est, avec la prédisposition individuelle à l'état variqueux, l'une des causes les plus certaines et les mieux prouvées. Quant aux raisons souvent produites, telles que la faiblesse du crémaster, la station debout longtemps prolongée, inhérente à certaines professions, la longueur du trajet des veines spermatiques ou leur compression par des tumeurs inguinales ou abdominales de toute nature, on doit reconnaître qu'elles peuvent convenir à tel ou tel cas particulier, mais qu'elles sont insuffisantes à donner une explication qui satisfasse l'esprit.

Quant à la symptomatologie, elle peut se résumer ainsi : scrotum allongé et flasque ; au palper, sensation spéciale que l'on a comparée à celle d'un paquet de ficelle, ou mieux, d'un paquet d'intestins de poulet ; sentiment de gêne et de pesanteur, éprouvé par le malade, et, parfois, des douleurs violentes, avec un état mental particulier.

L'analyse exacte de ces différents symptômes, et surtout les études anatomiques et histologiques datent de notre époque, mais, s'il est vrai que nos connaissances précises sur la clinique et l'anatomie pathologique du varicocèle ne sont pas anciennes, il est non moins juste de reconnaître que l'histoire de son traitement remonte loin. Celse et ses contemporains poursuivaient la cure radicale en agissant directement sur les veines, après incision du scrotum.

La cautérisation, la ligature ou l'extirpation étaient employées suivant que le paquet variqueux était plus ou moins profondément situé. A travers les âges, les procédés subirent de nombreuses modifications, qu'il n'entre pas dans notre cadre de faire connaître, et qui sont, du reste, magistralement exposées dans l'article de M. Segond, sur le Varicocèle. (*Dict. de méd. et chir. pratiq.*)

En 1707, Pierre Dionis décrit ainsi sa manière de traiter, ce qu'il appelait la Relaxation du scrotum : « Avant l'opération, on fera relever les testicules par un serviteur, puis, tirant le scrotum en bas, on coupera ce qu'on jugera de superflu, avec les ciseaux, de la même façon qu'on coupe un morceau de drap qu'on trouve trop long ; ensuite, avec l'aiguille enfilée d'un fil ciré, on joindra par la suture les deux bords de la peau coupée, et on mettra les plumasseaux sur cette suture, qu'on couvre de l'emplâtre et de la compresse, et, enfin, du suspensoir. On pansera cette maladie comme une plaie simple, et, lorsqu'on croira que la réunion sera faite, on ôtera le fil, et, après la parfaite guérison, on lui fera

porter encore le suspensoir pendant quelques mois. Quoique cette opération soit peu pratiquée, elle a néanmoins son utilité : car, les testicules étant ainsi soutenus, et ne pendant point, ils ne tirent plus par leur propre poids les vaisseaux spermatiques. »

En 1830, sir Astley Cooper, chirurgien de Guy's Hospital de Londres, frappé des mauvais résultats que la ligature des veines spermatiques lui avait donnés, recommanda la résection du scrotum. L'excision du scrotum, dit-il dans son Œuvre sur le testicule, amène une diminution des veines du cordon spermatique. Cette opération peut être tentée sans danger, et peut très bien réussir dans le cas de dilatation très considérable et accompagnée de douleurs. La portion du scrotum du côté malade, prise entre les doigts, et le testicule poussé par un aide, vers l'orifice externe des canaux inguinaux ; la peau coupée avec un bistouri ou avec des ciseaux, en ayant soin d'éviter la cloison ; les artères qui saignent sont liées, et les bords de la plaie suturés. Quand la plaie est guérie, le varicocèle diminue, mais ne disparaît pas complètement, parce que Astley Cooper ne coupe la peau que d'un seul côté ; d'où résulte une compression insuffisante des veines.

A l'exemple de Cooper, quelques chirurgiens anglais et américains ont pratiqué la résection du scrotum, suivis bientôt ou imités par Velpeau et Voillemier. Malheureusement, l'habileté des opérateurs ne pouvait rien contre ce que présentaient de défectueux les pansements en usage à cette époque ; les émollients et les corps gras faisaient suppurer les plaies et amenaient

la phlébite, l'infection purulente et les autres complications dont parlent tous les auteurs classiques. La méthode n'était pas répréhensible. Elle n'avait pas à son service les bienfaits de l'antisepsie. Les chirurgiens cherchèrent alors tous les moyens possibles pour soulager les souffrances de leurs malades, sans avoir recours au bistouri. Le suspensoir, le ruban d'Hervez de Chegoin, la bande de diachylon de Larrey, l'anneau de Richard, la pelote de Curling, etc., se partagèrent la faveur jusqu'en 1871, où la résection du scrotum réapparaît dans les annales de la chirurgie. A cette date, Henry (de New-York) publie un mémoire sur la résection du scrotum, qu'il appliquait depuis quinze ans. Cette méthode lui avait été inspirée par les travaux d'Astley Cooper. En 1881 et 1882 parurent, dans *The Medical Record*, deux nouveaux Mémoires, où se trouve décrit un clamp qu'il avait imaginé, et où il rapporte les modifications dont la pratique lui démontrait l'utilité. Le clamp est appliqué une première fois, le malade étant debout, pour pouvoir déterminer la quantité de peau à réséquer. Puis, lorsque le malade est endormi, le clamp est placé sur la ligne médiane, ne saisissant entre ses branches que la peau ; ce dont on s'assure en regardant le scrotum par transparence. On met les sutures en fil d'argent à un pouce de distance, on coupe ensuite la peau et on prolonge l'incision très bas, pour laisser sortir le sang, le sérum ou le pus, s'il y en a. Sur la plaie, on applique des bandes d'emplâtre adhésif et on lave trois ou quatre fois par jour avec l'eau phéniquée. Dans l'espace de dix ans, Henry a pratiqué

la résection du scrotum ; neuf fois, il a eu la réunion par première intention, au bout de huit jours, et une fois au bout de quinze jours.

En France, on combina la résection du scrotum avec l'excision des veines. En 1882, Horteleloup fit pour la première fois la résection du scrotum, combinée avec celle des veines funiculaires. Pensant, contrairement aux autres chirurgiens, que les veines postérieures du cordon sont atteintes plus souvent que les antérieures, il les excise en même temps que le scrotum. Son procédé consiste à embrasser dans les branches d'un clamp spécial le scrotum et le faisceau postérieur des veines du cordon, à placer en arrière de la courbure du clamp, deux petites pièces métalliques courbes destinées à soutenir une suture profonde à fils d'argent ; enfin, à réunir les lèvres du scrotum excisé en avant du clamp, au moyen d'une suture entortillée. Seulement, outre qu'il exige un appareil instrumental spécial, le procédé de Horteloup a contre lui l'insuffisance du clamp dans certains cas, la difficulté de bien saisir le faisceau veineux postérieur, même lorsqu'il est le plus développé, et d'obtenir la réunion immédiate superficielle.

En mai 1884, dans les *Annales des maladies des organes génitaux urinaires,* M. Hache publia le procédé suivant, qui est celui de M. le Professeur Guyon. Après avoir lavé la peau avec de l'eau phéniquée au 20e, M. le Professeur Guyon fait une incision elliptique à grand diamètre transversal, dont la partie moyenne doit se trouver à un centimètre environ au-dessus de l'extré-

mité supérieure du testicule et n'intéressant que la peau. La résection n'a pas besoin d'être très étendue, à cause de la grande rétractilité de la peau dans cette région ; elle peut être limitée à peu près au quart de l'étendue de la peau du côté malade. On disséque ensuite le lambeau et on l'enlève. Pour faire la ligature du paquet veineux antérieur, on isole le canal déférent, qu'on confie à un aide, et, sans ouvrir la vaginale, on passe derrière le plexus veineux une aiguille courbe ou une sonde cannelée. On fait alors sur ce plexus deux ligatures aux deux extrémités de la plaie, en les écartant l'une de l'autre autant que possible. La ligature inférieure se trouve très près de l'extrémité supérieure du testicule. Il ne reste plus qu'à suturer les bords de la plaie, après l'avoir lavée à l'eau phéniquée forte.

Dans une communication faite à la Société royale de Médecine et de Chirurgie de Londres, le 15 janvier 1881, Henri Lee a décrit un procéde opératoire qui se rapproche de celui du professeur Guyon. Il fait d'abord la résection d'une portion du scrotum à la partie antérieure, puis la compression temporaire des veines qu'il coupe ensuite : leur section est touchée avec le thermocautère peu chauffé et on fait la suture de la peau. Le malade peut, d'après lui, reprendre ses occupations après trois ou quatre jours.

Bœning (de Philadelphie) pratique en même temps la résection d'une portion du scrotum et l'excision des veines entre deux ligatures.

M. le Professeur Le Dentu, qui a traité le varicocèle suivant plusieurs méthodes, décrit dans les *Annales des*

maladies des organes génitaux urinaires, de 1887, la résection du scrotum. Un aide relève et soutient le varicocèle et les testicules au niveau des anneaux inguinaux externes. Sur la partie antérieure du scrotum voisine du périnée, le chirurgien place une pince courbe à ovariotomie, dite pince à pédicule, avec la concavité tournée vers les testicules. Une deuxième pince est posée tout de suite vers le tiers moyen des bourses avec la concavité tournée dans le même sens et avec le bec atteignant la première pince vers le milieu des mors. On traverse alors le scrotum avec les crins de Florence à un petit centimètre en arrière des pinces, du côté de la concavité. Avec un bistouri, on coupe la portion du scrotum située en avant de la première pince, c'est-à-dire du côté de la convexité, et on noue tout de suite les fils. « Cette précaution rend inutile la ligature, parce que les vaisseaux sectionnés sont comprimés par les fils une fois noués. » On place alors la pince qu'on vient d'enlever sur la portion du scrotum qui reste en avant et de manière que son bec corresponde au milieu de la deuxième pince déjà placée. On passe les fils, on coupe la peau et on noue comme pour la première pince.

Là où les bords de la plaie ne sont pas assez réunis, on passe des sutures superficielles. Ne pas drainer et enlever les sutures au bout de huit jours. M. le Professeur Le Dentu conclut ainsi de ses diverses opérations : « Aux varicocèles, petits et moyens, conviennent les méthodes simples (résection scrotale ou ligature des veines avec ou sans excision). Aux varicocèles volumineux doivent être appliquées les méthodes combi-

nées. » Cette méthode se rapproche beaucoup de celle de M. Lucas-Championnière où les testicules et les veines dilatées étant refoulés vers les anneaux inguinaux externes, le scrotum seul est pris entre les mors d'une première pince à pédicule appliquée en avant et d'une deuxième appliquée en arrière. On place quatre ou cinq fils de crin de Florence à travers le scrotum, à un centimètre à peu près du bord de la pince qui regarde les testicules, puis on coupe, avec un bistouri, la peau comprise entre les fils et la pince ; on lie avec du catgut tous les vaisseaux qui saignent et on noue immédiatement les fils. La plaie étant ainsi fermée, on place d'autres fils à travers une nouvelle portion du scrotum, voisine de la première, et on continue de la même façon jusqu'à ce qu'on ait coupé toute la peau qui était à enlever. On place enfin quelques fils superficiels, afin de rapprocher les bords de la plaie aux endroits où ils ne l'étaient pas par les premiers fils.

Nous avons vu, le 3 juin dernier, dans le service de M. le Professeur Tillaux, un jeune homme de 18 ans, Albert L..., atteint de varicocèle qui, au dire du malade, ne lui causait de douleurs qu'après de longues marches et que le port d'un suspensoir faisait complètement disparaître. Cependant, sur le désir du jeune homme d'être apte au service militaire, la cure radicale fut faite le 5 juin par M. Thiéry, chef de clinique, qui, après résection d'une bande du scrotum taillée transversalement, procéda à la ligature, en haut et en bas de l'incision, des veines spermatiques qu'il réséqua ensuite. C'est d'après cette méthode qu'opère M. Quénu,

qui a bien voulu nous donner son avis sur ce sujet, tout en ayant recours, selon les cas, à la résection scrotale simple. C'est la conduite que tiennent dans les circonstances analogues la plupart des chirurgiens qui comptent des succès assez nombreux. Bref, la cure chirurgicale du varicocèle par les méthodes dites préservatrices, a fait son temps, et c'est au bistouri que se sont adressés à bon droit presque tous les opérateurs qui ont, durant ces dernières années, remis en honneur cette excellente opération.

MANUEL OPÉRATOIRE

L'appareil instrumental nécessité par la méthode que nous allons décrire rapidement, se réduit à peu de chose. Une pince courbe, un bistouri ou une paire de ciseaux, quelques pinces à forcipressure, nécessaires à l'hémostase, constituent, avec l'aiguille de Reverdin et les fils destinés aux ligatures des veines et des lèvres de l'incision, tout le matériel indispensable. On pourrait même, à la rigueur, se passer de la pince courbe qui n'a pas un rôle bien important dans l'opération. Elle sert à fixer la peau du scrotum et à donner une prise plus solide aux mains du chirurgien. Astley Cooper faisait maintenir les testicules et les veines dilatées au niveau des anneaux inguinaux externes par les doigts d'un aide, et ses opérés auraient pu parfaitement guérir s'il avait eu l'antisepsie à son service, si ses plaies n'avaient pas suppuré. Nous ajouterons que le chloroforme étant remplacé par la cocaïne, c'est-à-dire l'anesthésie locale substituée à l'anesthésie générale, une seringue de Pravaz avec une solution de cocaïne au centième, par exemple, sont nécessaires.

Le malade est couché sur le lit d'opération dans le décubitus dorsal. Les bourses sont savonnées, rasées et lavées soigneusement avec une solution de sublimé. Une serviette relève les bourses et garantit les parties sous-jacentes contre les liquides qui s'écoulent pendant l'opération. Des compresses aseptiques recouvrent le champ opératoire.

Le chirurgien, refoulant peu à peu les testicules et les paquets variqueux vers l'orifice externe des canaux inguinaux, façonne et réduit avec ses doigts le scrotum aux dimensions qu'il juge convenables, puis le saisit de bas en haut entre les mors de la pince courbe dont la concavité embrasse les testicules. On a soin de prendre le plus de peau que l'on peut, afin de faire un suspensoir naturel plus serré, tout en laissant assez près de la verge pour qu'au moment de l'érection la cicatrice ne subisse aucun tiraillement.

La peau étant ainsi saisie et les branches de la pince bien fixées, on pratique à un demi-centimètre environ du bord convexe de la pince et parallèlement à ce bord, les injections de la solution de cocaïne préalablement préparée. Sept ou huit seringues suffisent dans la grande majorité des cas. L'anesthésie locale est ordinairement complète au bout de quatre minutes. Avec un bistouri, on coupe alors la peau en suivant exactement la ligne des piqûres faites par l'aiguille de la seringue de Pravaz. On peut, du reste, remplacer le bistouri par les ciseaux. Il arrive, parfois, qu'on ouvre la vaginale ; ce petit accident n'a aucune gravité ; quelques points de suture réparent la séreuse. Quand la

section du scrotum est terminée, la pince est enlevée et les lèvres de la plaie venant à s'écarter librement, permettent de voir et de sentir à l'aise. Le point important de ce temps de l'opération consiste à réaliser l'hémostase le plus complètement possible. Cette tâche est du reste des plus faciles, attendu que l'on a sous les yeux toutes les parties de la plaie. Des pinces à forcipresse saisissent les vaisseaux qui saignent et qui sont liés avec des fils de soie. Un aide, désormais nécessaire, affronte les bords de la plaie et les présente au chirurgien qui place les crins de Florence en plus ou moins grand nombre, selon les besoins particuliers. On fait en moyenne de 15 à 20 sutures. Si l'on a coupé assez de peau, on n'a pas aux deux bouts de l'incision les plis dont parle M. Henry (de New-York). On applique ensuite le pansement qui consiste à recouvrir la plaie de gaze iodoformée, d'un makintosch et d'une couche suffisamment épaisse d'ouate de tourbe, bien serrée par un double spica avec des bandes de tarlatane. Le malade est reporté dans son lit et maintenu quelque temps dans le décubitus horizontal. Une sage précaution consiste à faire prendre au malade, au début de l'opération, une petite quantité de rhum.

Le pansement n'est guère enlevé avant cinq ou six jours, à moins que le malade n'accuse des douleurs violentes et continues ou que la température ne donne l'éveil et n'attire l'attention sur la possibilité de la suppuration. De même, si le pansement s'est déplacé ou trop relâché par suite des mouvements du malade, il faut le remplacer. Le crin de Florence est très bien

toléré par les tissus et, bien que la réunion soit rapidement complète, il est prudent d'enlever les fils en deux séances et à un jour ou deux d'ntervalle, n'enlevant en premier lieu que ceux qui tiraillent les tissus.

C'est en se conformant à cette ligne de conduite qu'il a faite sienne, que M. Reclus a obtenu de nombreux succès dans la cure chirurgicale du varicocèle.

Son procédé est excellent au triple point de vue de sa simplicité, de sa bénignité et de ses résultats immédiats ou définitifs.

Que cette méthode soit peu complexe, cela ressort avec évidence de l'exposé qui a été fait plus haut. Quoi de plus simple ou de moins compliqué, en effet, que de couper avec un bistouri ou des ciseaux un morceau plus ou moins considérable de peau? L'hémostase n'arrête guère davantage. Si donc on la compare sous le seul rapport de l'acte opératoire aux deux méthodes qui se trouvent en face d'elle, on convient sans peine qu'elle a la priorité. Nous ne discuterons pas ici la question de savoir si elle convient à tous les cas. Ce sera l'objet du chapitre suivant. Examinons rapidement le point qui nous occupe... Et d'abord la résection simple des veines, sans résection du scrotum, non seulement n'est pas une opération plus simple que la nôtre, puisqu'elle s'adresse à un plus grand nombre d'éléments, mais de plus, selon la remarque qui a été faite par bien des auteurs, malgré la dissection la plus minutieuse, on laisse échapper quelques veines, peut-être pas encore atteintes de dilatation. Aussi les récidives ne se font-elles pas attendre. Et, de plus, « le testicule

reste toujours, après la résection des veines, pendant et lourd dans un scrotum mince et relâché. » Or, à ne considérer même que ce résultat, son infériorité devient manifeste, car l'expérience apprend que, lorsque le testicule est rigoureusement relevé, les inconvénients du varicocèle disparaissent. Il est un grand nombre de cas où cette méthode serait insuffisante ; c'est lorsque les bourses anormalement développées sont, en dehors des douleurs, du fait même de leurs dimensions ou de leur poids, une gêne continuelle pour le malade.

Ce reproche ne peut être fait à la résection combinée qui s'adresse aux varices pour les réséquer et au scrotum pour lui enlever ce qu'il présente d'exubérant. Mais, puisque nous envisageons en ce moment la simplicité opératoire, il nous est permis de conclure à une plus grande complexité, puisqu'elle réunit ensemble et la résection des veines après ligature et la résection scrotale. De plus, sans appuyer pourtant plus qu'il ne convient, nous devons dire qu'indépendamment de la phlébite à laquelle elle ouvre une porte de plus, c'est-à-dire dont elle augmente les risques, elle expose à quelques accidents, qui, pour rares qu'ils soient, n'en sont pas moins observés et dont les conséquences sont le plus souvent peu graves, il est vrai, mais réclament peut-être des observations plus nombreuses ou plus longtemps poursuivies pour être déclarées absolument innocentes. Au milieu du paquet variqueux que forment les veines spermatiques dilatées, il est difficile de distinguer l'artère, et nous nous rappelons des cas où, ayant entre les mains le paquet réséqué, il nous fut très

malaisé de reconnaître l'artère à cause de la béance que présentaient les veines environnantes, dont les parois avaient subi un épaississement considérable. Qu'il soit d'un pronostic très fâcheux pour la nutrition de la glande testiculaire, l'accident opératoire qui consiste à couper l'artère spermatique, c'est ce que semblent contredire et la conduite des chirurgiens qui n'attachent qu'une importance secondaire à cet incident et les Observations rapportées. L'atrophie du testicule est, paraît-il, exceptionnelle et cela s'explique par la suppléance des artères funiculaire et déférentielle. Mais un accident beaucoup plus grave est celui de la section du canal déférent, qui met en danger l'intégrité organique du sujet et la détruit pour peu qu'un état pathologique quelconque vienne à atteindre le testicule du côté opposé. Nous ne mentionnerons qu'à titre de curiosité le cas de Delpech, assassiné par un de ses clients qu'il avait malheureusement réduit à l'impuissance, car le fait a reçu les explications les plus diverses.

La bénignité de l'opération est surtout rendue évidente par la constatation et le relevé exact des résultats fournis par ce procédé au point de vue des accidents ou complications. On peut voir les Observations relatées dans notre Thèse.

Wickham, sur 56 cas réunis de différents côtés, n'a jamais eu de mort; la réunion par première intention a été obtenue dans la grande majorité des cas ; l'érysipèle s'est déclaré une fois, mais il s'agissait d'un malade débilité ; l'hémorrhagie a été plusieurs fois signalée,

mais n'a point eu de suites graves. Enfin, Dumia, sur 20 Observations qu'il cite sur le même sujet, n'a eu à constater qu'un thrombus chez le malade qui fait l'objet de la dix-huitième Observation et un petit hématome dans la vingtième. L'un et l'autre cas n'ont eu, du reste, aucune suite fâcheuse.

De la constatation de ces heureux résultats il serait superflu de conclure que cette méthode est absolument indemne de toute complication. Telle n'est pas notre pensée, évidemment. De même qu'il est d'expérience quotidienne de voir des plaies très étendues ou très profondes se cicatriser sans aucun accident, à côté d'autres qui, en apparence insignifiantes, entraînent dans la suite des complications, quelquefois mortelles, de même, on ne peut pas toujours conclure à l'absolue bénignité d'une opération du fait du peu d'importance des lésions à produire ou des tissus à réséquer. Pour notre cas particulier, en dehors de l'Observation XIII, où l'on vit survenir d'abord les symptômes de la fièvre typhoïde, puis les signes d'une collection purulente, dont la production n'a pu recevoir d'explications, nous n'avons guère à signaler qu'un hématome sans importance finale et une hémorrhagie artérielle produite peut-être par quelque ligature qui se sera détachée. L'artère fut recherchée et liée, et la guérison suivit son cours. Ces petits accidents, il convient de le remarquer, ne sont pas propres au procédé mis en honneur par M. Reclus ; ils peuvent certainement se produire, et dans la résection des veines, et dans la méthode combinée.

Quant aux résultats, qu'il nous reste à examiner, on

peut déjà dire que les résultats immédiats sont très bons, puisque sur plus de quatre-vingts Observations personnelles ou autres, les opérés quittaient les salles d'hôpital ou leur lit, dans des intervalles de temps variant de huit à quinze jours, en se déclarant satisfaits. Les résultats qu'on peut presque déclarer définitifs sont peu nombreux dans notre Thèse : ce qui tient à la difficulté de revoir à Paris les divers malades, et aussi au laps de temps relativement peu considérable qui s'est écoulé depuis la date de l'opération jusqu'au jour où nous avons eu la bonne fortune de les retrouver.

Duma, dans la Thèse citée plus haut, cite un opéré revu après trois ans ; un autre après trois ans et demi ; un troisième après trois ans ; un quatrième après deux ans, et ces hommes occupés à des travaux pénibles qui les obligent à rester debout toute la journée, ne souffrent plus du tout. A. Cooper, d'après Curling, avait eu 4 récidives chez ses opérés. Le procédé de Henry et Horteloup a toujours amené une guérison complète des varices du cordon. On a dit que le suspensoir scrotal se relâchait ; l'examen des malades revus ne l'a point démontré. « L'insuccès thérapeutique tient à l'insuffisance opératoire, et il faut rapporter les mécomptes plus à la faute du chirurgien qui excise trop parcimonieusement les téguments, qu'à la méthode elle-même. » Quant au résultat cosmétique, il est excellent, et c'est un point de quelque importance, si l'on songe combien les varicocéleux sont préoccupés de leur malformation génitale.

En résumé, dit M. Le Dentu, dans les *Annales des*

Maladies des organes génito-urinaires, de 1887, « ce qu'il y a, en tout cas, de bien certain, c'est que, même à la suite de la seule excision du scrotum, les veines dilatées antérieures et postérieures se rétractent dans des proportions surprenantes, et que l'opération ne se borne pas à substituer un suspensoir taillé dans la peau des bourses à un suspensoir ordinaire. Cela seul suffirait pour justifier l'intervention et pour la rendre efficace, sinon pour toujours, du moins pendant de longues années. Grâce à quelques précautions faciles à prendre, l'excision du scrotum donne un résultat immédiat, aussi bon et aussi prompt que la résection des vessies. »

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Avant de déterminer d'une façon plus précise les cas dans lesquels l'opération s'impose pour ainsi dire, nous voulons voir ici un point plus général et essayer de répondre à la question de l'opportunité de la cure radicale. Peut-on ou doit-on opérer le varicocèle ? A cela M. Nicaise répond : « Ayant eu à traiter un varicocèle douloureux et intolérable, j'ai choisi l'opération, acceptée pendant des siècles, puis abandonnée à cause de ses dangers, et que l'on peut pratiquer de nouveau, grâce à la méthode antiseptique. » Les Anciens, nous l'avons vu, avaient déjà répondu affirmativement, et depuis Celse, jusqu'à Guy de Chauliac et A. Paré, les chirurgiens opéraient à ciel ouvert : Dès Boyer, on voit apparaître les procédés qui ont tous pour but d'éviter de mettre les veines à découvert dans la crainte de complications. La méthode sous-cutanée, qui met les plaies à l'abri du contact de l'air, tend pendant une certaine période à se généraliser, et on l'applique au traitement du varicocèle ; mais son exécution est souvent difficile et incertaine, et a été suivie quelquefois d'atro-

phie et de gangrène du testicule. M. Nicaise fait remarquer avec raison que l'opération fut abandonnée quand les pansements émollients et les corps gras l'emportèrent sur les autres, c'est-à-dire vers le milieu du dix-huitième siècle. Le suspensoir reste, dès lors, le grand remède, et dans une de ses Leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu, Jobert de Lamballe en arrive à dire que si le suspensoir rendait le varicocèle stationnaire, son emploi, avant le début du mal, devait avoir pour effet de l'empêcher de se produire, et il conseille alors l'emploi du suspensoir « comme pièce habituelle du vêtement à partir dès l'âge de la puberté et même plus tôt. » Malheureusement, les espérances, ou mieux les illusions, furent de courte durée. Bientôt Henry (de New-York) démontra que le port d'un suspensoir ne fait que soulager les douleurs et n'empêche pas les progrès de la maladie.

Horteloup fit constater que sur 42 varicocèles observés, un seul avait disparu vers 45 ans. Sous le suspensoir, des caillots se forment qui produisent parfois des embolies et son usage ne met pas à l'abri des complications ; ne voit-on pas, en effet, deux malades d'Escallier succomber à phlébite et Vidal enregistrer des faits de même genre? L'opération, dit-on, expose aux mêmes accidents : Evidemment toute opération peut s'accompagner de complications, mais aujourd'hui que la révolution s'est opérée complètement sous le rapport des pansements, la hardiesse et la confiance dans la chirurgie doivent faire place à la prudence et au découragement de nos devanciers. Avec les res-

sources dont nous disposons, il ne nous est plus permis de laisser se perpétuer des symptômes qui désespèrent les malades, et l'antisepsie nous donne le droit d'user des procédés les plus certains, et de laisser en arrière les discussions stériles. « Etant donné, dit M. Richelot, dans l'*Union Médicale* de 1885, qu'avec des mains propres et des instruments bien lavés, dans une atmosphère antiseptique, les opérations n'ont plus rien d'effrayant, nous avons maintenant toute liberté d'esprit pour choisir notre mode d'intervention ; il faut faire table rase des procédés ingénieux et timides. » C'est dans le même sens que conclut Horteloup quand il prétend que les nouveaux modes de pansements antiseptiques ne permettent plus de refuser une opération pour des varicocèles douloureux et pour des varicocèles dont le poids et la longueur troublent l'existence.

Et si l'on réfléchit, en effet, aux risques d'insuccès, on les trouve bien restreints ; car on opère à ciel ouvert et voyant bien ce que l'on fait ; les plaies nettes et larges sont facilement explorées et rendues aseptiques. Et même, quand apparaissent les ecchymoses, hématomes ou hémorrhagies, dont nous avons parlé, il est bon de savoir que nos précautions actuelles impriment un cachet de bénignité à de petites complications, parfois inévitables, et c'est tout au plus un retard de quelques jours apporté à la guérison complète.

Dans quels cas est-il indiqué d'intervenir ?

Il serait peut-être difficile de vouloir dresser une liste complète des cas de varicocèle où l'intervention s'impose, parce que la même affection, qui s'offre à nous avec des signes objectifs apparemment identiques, est loin de présenter toujours les mêmes signes subjectifs. C'est dire qu'il faut faire une large part au terrain sur lequel évolue cette maladie et aux circonstances qui accompagnent son développement.

Tous les varicocèles ne sont pas, du fait même de leur présence, justiciables de la cure chirurgicale, et tel cas qui, chez un homme aisé, pourra parfaitement être livré aux palliatifs, deviendra chez un ouvrier astreint à un pénible labeur une entrave au travail, et réclamera l'intervention du chirurgien. Et encore, dans ce cas, faut-il avant tout consulter le désir du malade et se conformer à ses volontés. Il y a deux mois environ, M. Edouard, brocheur, âgé de 36 ans, entrait dans le service de M. Reclus pour une arthrite traumatique du genou. Au cours de l'examen, on découvrit chez lui un varicocèle énorme qui, au dire du malade, existait depuis l'âge de 15 ou 16 ans. Ce n'est qu'à l'époque du conseil de révision qu'il apprit qu'il était porteur d'un varicocèle, parce que la réforme lui fut imposée. Il n'a jamais porté de suspensoir. Les bourses, d'inégale longueur, pendent surtout à gauche et descendent très bas. Le raphé médian se dessine en blanc ; il est large et aplati. D'énormes veines traversent la peau des

bourses des deux côtés. Du côté gauche, le testicule est extraordinairement petit et peu sensible à la pression. Il est peu porté pour l'acte sexuel. Depuis six ans qu'il est marié il n'a pas d'enfants, et sa femme n'a jamais fait de fausses couches. Le soir, les bourses gonflent considérablement. Mais, peu gêné en somme, le malade refuse absolument toute intervention. Nous nous rappelons des cas identiques, observés dans les hôpitaux, et qui furent également respectés. C'est assez dire que les dimensions des bourses ne sont pas toujours une raison suffisante pour l'intervention, pas plus que le développement des varices des veines. D'autant plus qu'il n'y a guère de rapport entre le volume d'un varicocèle et les symptômes qui l'accompagnent. Au contraire, de même qu'il est d'expérience quotidienne que les hémorrhoïdes, comme les varices, présentent leur summum de douleur au temps qui marque leur début, de même il n'est pas rare d'observer un varicocèle à son début, relativement petit, occasionnant des douleurs et une gêne considérables.

Cependant, le volume du scrotum peut être, et nos Observations en renferment quelques exemples, par lui seul une indication suffisante pour le malade et pour le médecin qu'il vient consulter.

Mais c'est surtout la douleur, et la sensation de pesanteur et de tiraillement, qui forcent le varicocéleux à se soumettre à la cure radicale. Celse l'avait remarqué quand il disait : « *Omnibus indecore, quibusdam etiam cum dolore dependet.* » Presque tous les sujets que nous avons observés et interrogés accusaient des souffrances

qui devenaient parfois insupportables et des névralgies symptomatiques dans la région du cordon et des reins. De là l'impossibilité, pour la plupart, de vaquer à leurs occupations. Témoin ce boulanger, qui s'avouait incapable d'exercer sa profession, et ce menuisier, malade de M. Gillette, à propos duquel M. Horteloup s'exprime ainsi dans l'*Union médicale* de 1885 : « Au lieu de se contenter du traitement purement palliatif conseillé par la majorité des chirurgiens français : suspensoir, absence de fatigue, hydrothérapie, etc., traitement qui ne peut d'ailleurs convenir qu'aux gens aisés, M. Gillette crut devoir entreprendre la cure radicale. Le résultat définitif fut parfait, et le testicule, réduit à un haricot, a repris un volume sensiblement plus considérable. »

Cette Observation nous amène à indiquer comme nécessité d'opération, dans certaines conditions, l'atrophie du testicule et l'impuissance. L'un et l'autre de ces phénomènes deviennent en effet parfois un sérieux élément de détermination et, pour rares qu'ils puissent paraître, n'en sont pas moins intéressants et dignes d'attirer l'attention.

Il ressort clairement des Observations publiées, qu'il y a corrélation entre la présence d'un varicocèle et l'atrophie testiculaire du même côté. Plusieurs auteurs l'ont également signalée : Pott cite 3 Observations avec atrophie, Landouzy 9, Curling, Gosselin, etc., en rapportent également un certain nombre. Sans rechercher les causes exactes et multiples de cette diminution de la glande, nous constaterons d'un autre côté que, dans

maintes circonstances, cette atrophie a partiellement disparu après la cure du varicocèle.

Le malade de M. Gillette, mentionné plus haut, rentre dans ce genre de cas, et, chez plusieurs de ces opérés, on a pu constater parallèlement à ce retour vers des dimensions normales, une énergie fonctionnelle dont se louent les sujets soumis à la cure chirurgicale.

Vidal (de Cassis) rapporte qu'il a observé un jeune homme chez lequel la voix avait simultanément pris les caractères de celle des castrats, et il ajoute que l'opération permit au malade de retrouver à la fois son timbre de voix et sa puissance génitale.

Dans les *Annales des maladies des organes génitaux urinaires*, de 1889, on peut lire cette Observation de M. Jamin, rapportée par M. Segond, dans laquelle il s'agit d'un jeune homme de 26 ans, robuste, bien constitué, et n'accusant qu'un seul trouble : l'impossibilité d'obtenir une érection complète et durable. Consulté en septembre 1887, M. Jamin, après quelques tentatives thérapeutiques infructueuses, constate qu'il y a tout lieu d'attribuer le phénomène à l'existence d'un varicocèle gauche. Les détails fournis par le patient, continue l'observation, sont significatifs ; le varicocèle, d'ailleurs peu volumineux, disparaît dans le décubitus dorsal ; lorsque les veines spermatiques sont ainsi vidées, l'érection se provoque aisément, mais au moindre mouvement le varicocèle reparaît et, avec lui, la flaccidité pénienne. Le contrôle fut réalisé par M. Jamin à l'aide d'un suspensoir approprié. Dans ces conditions, l'exis-

tence d'une étroite corrélation entre l'impossibilité des érections et l'état de réplétion des veines spermatiques n'est plus douteuse, et l'indication d'une intervention s'impose.

M. Jamin opère le varicocèle le 16 janvier 1888. Le 1er mars, l'opéré reprend ses fonctions habituelles. Quant au résultat fonctionnel obtenu, il ne laisse rien à désirer. En mai, l'érection est irréprochable, et, depuis, les rapports sexuels ont à maintes reprises démontré la validité de la cure. Dans ce cas, les troubles névralgiques faisaient absolument défaut, et il n'y a pas à faire intervenir les névralgies testiculaires ou funiculaires dont souffrent souvent les varicocéleux, ainsi que l'ont fait remarquer Lucas-Championnière et Reclus.

L'état d'esprit qui se caractérise par l'hypochondrie, la lipémanie, etc., accompagne parfois le varicocèle, et, dans ce cas, les moyens palliatifs sont le plus souvent d'une insuffisance incontestable. On conseille aux hommes de la classe aisée une foule de moyens thérapeutiques les uns plus ennuyeux que les autres : repos, absence de fatigue, hydrothérapie, suspensoir.

C'est pourtant chez ces malades que le système nerveux est plus impressionnable, que le « sang est plus mélancolique », selon l'expression d'A. Paré. S'il est de ces malades qui ont connaissance de leur affection, à laquelle ils rapportent les symptômes auxquels ils sont en proie, il en est d'autres aussi qui sont mélancoliques sans avoir connaissance de leur varicocèle et, comme le dit Vidal (de Cassis) : Il arrive que l'esprit souffre dans l'ignorance complète d'un mal physique. Ainsi,

ajoute-t-il, j'ai donné des soins à un artiste distingué qui avait des idées très mélancoliques ; je fis la découverte, chez lui, d'un varicocèle peu volumineux dont il ignorait l'existence et qui ne lui causait aucune douleur. L'opération ramena complètement le calme dans son esprit et changea complètement son humeur, qui n'eut plus rien de triste. Un jeune architecte, observé par Landouzy, pleurait tous les soirs comme un enfant sans s'expliquer la cause de ses larmes.

Il ne faudrait pas croire, cependant, que l'opération réussisse également là où la névropathie est en jeu plus que le reste. Il est permis de se demander parfois si tel malade souffre de son varicocèle ou de sa névropathie. Témoin le cas, rapporté dans la septième observation de la Thèse de Duma, d'un jeune étudiant en pharmacie, qui espérait être exempté du service militaire grâce à son infirmité, et qui accusait ensuite, après chaque exercice, des douleurs violentes et insupportables. M. Reclus fait remarquer très justement, dans le *Dictionnaire* de Dechambre, que les varicocèles intolérables affectent le plus souvent des malades instruits, « à système nerveux excité et actif ». Ne peut-on pas se demander, ajoute M. Reclus, si le malade n'est pas plus irritable que le varicocèle n'est douloureux ? Ce qu'il importe de retenir, c'est qu'à côté de malades plutôt imaginaires que réels, il en est dont l'état mental est une indication suffisante à l'intervention chirurgicale. C'est à la sagacité du médecin appelé à surveiller et à soigner ces sujets, qu'il appartient de trancher les indications ou contre-indications dans ces cas particuliers.

La résection du scrotum satisfait-elle à tous les cas?

On pourrait se poser la question d'une autre façon et se demander quelle méthode conviendra à tel ou tel cas particulier. Si l'on élimine la méthode qui consiste à s'attaquer aux seules variqueuses pour les réséquer, parce qu'elle est insuffisante le plus souvent et qu'elle expose aux récidives, le choix restera à faire entre la résection scrotale et la méthode combinée. Hâtons-nous de dire, nous fondant sur les résultats observés, que la résection du scrotum seule a remédié à des varicocèles où tous les éléments étaient réunis : flaccidité et exubérance des bourses, paquets variqueux volumineux, douleurs, etc. Cependant, nous n'oserions conclure à l'absolu. Aux varicocèles petits et moyens, dit M. Le Dentu, convient la résection scrotale ; aux varicocèles volumineux doivent être appliquées les méthodes combinées. Le varicocèle, dit M. Segond, n'est pas toujours semblable à lui-même, et c'est à déterminer les conditions les meilleures de l'intervention, suivant les cas particuliers, qu'il faut s'attacher. Les varicocèles noueux, incomplètement réductibles, dit de son côté M. Reclus, à veines rigides, incrustées de sels calcaires ou amincies et distendues, et dont le suspensoir ne calme pas les douleurs, nécessitent la ligature, l'incision ou l'excision des paquets variqueux.

A part ces cas, relativement peu nombreux, le procédé de Henry (de New-York), modifié par M. Reclus, nous semble réunir toutes les conditions nécessaires à

la cure réelle du varicocèle, et il nous paraît intéressant de rapporter ici 3 Observations, notées dans l'article de M. Segond dans les *Annales* d'avril 1885 : « J'ai pratiqué, dit M. Reclus, sept fois l'opération du varicocèle par la simple résection scrotale, quatre fois à l'hôpital et trois fois en ville. Je dirai simplement que les suites de l'acte furent sans incident et la guérison rapide. J'ai pu suivre mes opérés de la ville, et je puis affirmer que le résultat de mon intervention a été excellent. Le premier était un jeune homme de 25 ans, bien bâti, mais lipémaniaque. Son varicocèle l'inquiétait beaucoup, il en perdait le sommeil et l'appétit, éprouvait dans les bourses des douleurs sourdes qui s'irradiaient vers les lombes ; elles étaient constantes et le malade n'osait, de peur d'échec, se livrer au coït. Mon intervention a maintenant 23 mois de date, et mon malade ne souffre plus des reins, ni du scrotum, ni du testicule ; les bourses n'ont pas fléchi, les fonctions sont parfaites, et notre opéré se félicite de l'intervention.

Mon deuxième cas est relatif à un étudiant en droit de 20 ans, porteur depuis quelques années d'un énorme varicocèle gauche, compliqué d'un léger varicocèle droit. Ici, les douleurs sont à peine marquées, mais la gêne est constante et puis le testicule gauche est un peu atrophié ; aussi notre malade, désireux de se marier, n'ose faire sa demande avant une opération. La résection scrotale simple est pratiquée, et le résultat fut excellent. La tristesse constante dans laquelle notre malade était plongé disparut ; le testicule reprit ses dimensions primitives. Il y a maintenant 20 mois que

la résection a été pratiquée, et le scrotum ne s'est point allongé; il constitue toujours pour le malade un étroit et solide suspensoir.

Notre troisième cas est plus récent; il s'agit d'un jeune Américain que fatiguait un varicocèle volumineux que compliquait un épaississement peut-être éléphantiasique du scrotum : ici même, il y avait des troubles dans le coït, auquel le malade n'osait guère se livrer, car les douleurs s'exaspéraient après chaque rapport. L'intervention a été pratiquée, et maintenant, sept mois après, il jouit encore et pleinement du bénéfice de son opération, qui lui permet des marches prolongées sans fatigue et des coïts réguliers.

On comprend que, devant les résultats fournis par une opération aussi facile à pratiquer, notre maître, M. Reclus, ait adopté le procédé de la résection du scrotum. Son avis et ses goûts sont partagés par M. Lucas-Championnière, qui estime que l'action directe sur les veines donne des résultats aléatoires, et déclare que la résection scrotale reste, en définitive, le plus sûr moyen de faire disparaître les accidents du varicocèle. M. Le Dentu n'est guère moins affirmatif, et M. Segond, après avoir déclaré que l'on ne peut pas être absolu, termine par ces mots sa note sur l'opération du varicocèle : « C'est une opération très simple d'exécution, elle n'exige aucun appareil instrumental spécial, elle est d'une bénignité avérée, et, si les résultats qu'elle donne sont, comme je le crois, durables et de bon aloi, il n'est pas douteux qu'en beaucoup de cas, jusqu'ici justiciables des résections combinées, elle deviendra l'intervention la plus sûre et la plus simple. »

Quant à l'emploi de la cocaïne comme anesthésique local, il nous paraît offrir de précieux avantages. Outre qu'il est absolument exempt de danger, pourvu que l'on obéisse à quelques précautions faciles à remplir, il s'est toujours révélé d'une puissance que nous ne lui connaissions que bien imparfaitement avant de l'avoir vu entre les mains de M. Reclus. Son action est efficace et suffisamment prolongée pour que nous ayions vu opérer, sous la cocaïne, des hernies en grand nombre, procéder à des amputations de membres, et même à l'hystérectomie vaginale. La cocaïne a sur le chloroforme l'avantage de permettre au praticien d'opérer sans l'aide expérimenté qu'il ne peut pas toujours rencontrer.

OBSERVATIONS

Observation I.

P..., Emile, 17 ans. Entré le 4 août, opéré le 5. Le scrotum exubérant est saisi par les pinces de Péan, qui délimitent la portion à réséquer. L'hémostase est obtenue par les ligatures faites à la soie. Sutures superficielles au crin de Florence. Pansement compressif à la gaze iodoformée. Pas de suites fâcheuses. Le malade sort en se déclarant satisfait.

Observation II.

W..., Charles, 26 ans, opéré une première fois déjà par la ligature des veines, entre dans le service de M. Reclus, le 22 octobre, pour son varicosèle récidivé. L'opération est faite le 24. Anesthésie obtenue avec solution de cocaïne ordinaire. Huit injections faites, de part et d'autre, dans le derme et, par conséquent, parallèles. Résection d'une partie du scrotum. A gauche, la vaginale est distendue par une certaine quantité de liquide. On fait, avec le bistouri, une ponction qui vide la séreuse. L'hémostase est faite en liant à la soie la lumière des vaisseaux qui saignent et les sutures superficielles faites avec le crin de Florence. Pansement compressif à la gaze iodoformée. Malgré l'hémostase qu'on avait cru complète au premier pansement, c'est-à-dire quatre jours après l'opération,

on constate la présence d'un petit hématome. Dans la suite, plus rien à noter.

Observation III.

T..., Isidore, 31 ans, entre à l'hôpital, le 9 novembre 1892, pour une hernie du côté droit qui a été opérée une première fois déjà et qui ne le gène, du reste, que médiocrement. Ce qui a le plus attiré son attention, surtout depuis six mois environ, c'est l'ensemble des phénomènes objectifs et subjectifs observés depuis longtemps du côté des bourses. Celles-ci, anormalement développées, pendent beaucoup à gauche, où l'on voit se dessiner le paquet volumineux des veines variqueuses. C'est depuis trois ans que le malade a eu l'attention éveillée de ce côté par des douleurs sourdes qui suivaient les rapports sexuels, douleurs qui devinrent bientôt vives et s'irradièrent vers la région inguinale et les reins. Après une journée de travail, le scrotum, très gênant à cause de ses dimensions, était le siège de picotements et le point de départ d'une sensation très pénible d'écrasement des parties. Il réclame une opération, à laquelle on procède le lendemain de son entrée. Après l'antisepsie faite d'ordinaire, on pratique quatorze injections de la solution de cocaïne suivant la ligne d'excision du scrotum. Elles sont faites parallèlement de chaque côté, ce qui est assez difficile à cause de la mobilité du dartos sur la fibreuse et la vaginale. Avant de faire les sutures superficielles, quelques ligatures sont placées sur quelques petits vaisseaux qui saignent et l'on entreprend une cure radicale de hernie du côté droit. On ne dut faire que trois injections de cocaïne (trois centigrammes) pour cette deuxième opération et le malade n'accusa aucune douleur. L'anesthésie locale avait persisté et l'on put suturer le scrotum après la cure de la hernie, sans avoir recours à la cocaïne. Pansement à l'iodoforme. Pas d'hématomes. Réunion par première intention.

Nous avons eu la bonne fortune de revoir cet opéré le 15 juin. Les testicules sont bien maintenus par le suspensoir naturel qui est résulté de l'opération. Les symptômes douloureux ont tout à

fait disparu et notre ancien malade dit qu'il peut s'en donner tant qu'il veut sans ressentir la moindre gêne de ce côté.

Observation IV.

B..., François, 20 ans. Entré le 19 novembre 1892 pour un varicocèle douloureux. Opéré le 22. L'anesthésie locale est obtenue avec 9 centigrammes de cocaïne injectés avec la seringue de Pravaz le long de la ligne d'incision. Pas de douleurs pendant toute l'opération. Sutures au crin de Florence après hémostase. Pansement iodoformé. Dans la soirée, il se produisit une hémorrhagie artérielle assez abondante, causée probablement par quelque ligature qui se sera détachée. L'artère recherchée fut liée de nouveau. Nouveau pansement compressif. Plus rien d'anormal jusqu'à la sortie du service.

Observation V.

(*Due à l'obligeance de M. le Dr Delmez.*)

H..., Louis, âgé de 31 ans, vient nous consulter, le 3 décembre 1892, pour des douleurs qu'il ressent dans la région des bourses. Depuis des années déjà, raconte le malade, il éprouve d'une manière presque continuelle, mais surtout vers la fin de la journée, des douleurs sourdes qui ne cessent que la nuit. Il a remarqué que ses bourses augmentent insensiblement de volume, en même temps que des veines apparaissent sous la peau. Depuis quelques mois, les douleurs sont devenues plus violentes et le malade réclame un remède à ce qu'il appelle son infirmité. Il a eu la blennorrhagie à l'âge de 21 ans et n'a jamais été malade. Son père a des varices aux jambes. Chez lui, on constate quelques veines dilatées aux deux jambes. Le scrotum est considérablement augmenté et pend très bas, surtout du côté gauche. Sous la peau sillonnée de

grosses veines, on voit se dessiner les paquets variqueux des veines spermatiques, et on sent, à la palpation, l'entrelacement veineux pénétrer dans le canal inguinal. Le malade n'a pas de hernies et n'a, dit-il, jamais souffert des reins. Le testicule du côté gauche a subi une atrophie considérable. Le malade n'a guère remarqué de gêne ou de douleurs dans les rapports sexuels. Sur ses instances et sur son désir plusieurs fois manifesté d'être débarrassé de la cause de son mal, nous pratiquons, le 7 décembre, la résection du scrotum sans excision des veines spermatiques. Après avoir fait l'hémostase par la ligature des petits vaisseaux qui saignent, nous suturons avec des crins de Florence les lèvres de l'incision et appliquons un pansement avec la gaze et la ouate maintenues par des bandes de tartalane. Les fils furent enlevés le 16, c'est-à-dire neuf jours après l'opération. La réunion était complète. Sur notre conseil, le malade porta un suspensoir, qu'il abondonna au bout de trois semaines. Après six mois, notre opéré se félicite du succès obtenu; il peut se fatiguer, sans plus jamais éprouver ni douleur ni gêne dans la région des bourses. Même après une journée de marche et de travail, le scrotum ne subit aucune modification. Le testicule nous paraît légèrement augmenté de volume.

Observation VI.

C..., Eugène, 19 ans, vient à l'hôpital, le 3 décembre 1892, réclamer une intervention pour un varicocèle. Le 8, l'opération est faite sous la cocaïne. Neuf centigrammes ont été injectés parallèlement, de part et d'autre, du saphé scrotal. Après excision, l'hémostase est faite avec soin; et, après ligature des petits vaisseaux et suture du scrotum au crin de Florence, le pansement à la gaze iodoformée est appliqué. La cicatrisation suivit son cours régulier. Réunion par première intention. Rien d'anormal n'a été relevé.

Observation VII.

Van D..., 32 ans, entre dans le service de M. Reclus, le 10 décembre 1892, pour un varicocèle volumineux développé surtout à gauche. On procède à la résection simple du scrotum le 13. Anesthésie obtenue avec neuf seringues de la solution de cocaïne au centième. Incision suivant cette même ligne. Hémostase presque complète. Sutures superficielles. Pansement iodoformé compressif. Rien à noter les jours suivants. Réunion par première intention parfaite.

Observation VIII.

D..., Emile, 23 ans, cocher, présente à son entrée dans le service un varicocèle volumineux et un hydrocèle. On fait la cure radicale de ces deux affections. 10 seringues de Pravaz sont injectées dans le derme du scrotum suivant la ligne d'incision tracée par le bord de la pince courbe. Deux injections sont faites dans la vaginale. Résection de la séreuse. L'hémostase compressive est faite soigneusement et la suture pratiquée avec les crins de Florence. Rien d'anormal les jours qui suivirent l'opération.

Observation IX.

François B..., 44 ans, forgeron depuis l'âge de 17 ans, entre, le 1er février, dans le service de M. Reclus. D'apparence vigoureuse, il a toujours, dit-il, joui d'une santé excellente. Il ne présente ni hernie, ni varices des membres inférieurs, ni hémorrhoïdes. Il n'y a rien à relever dans les antécédents héréditaires et son passé uréthral n'offre rien d'intéressant à signaler. Jamais le malade ne s'est plaint des reins, et l'examen pratique, lors de son entrée dans le service ne laisse rien découvrir d'anormal de ce côté. Ce qui l'amène à l'hôpital, c'est un varicocèle dont l'existence, jusqu'alors

presque complètement ignorée, lui fut révélée, il y a quinze mois environ, par des douleurs plus ou moins violentes survenant à des intervalles irréguliers et une sensation de pesanteur dans les bourses. Les phénomènes ont été continuellement en s'aggravant et peu à peu il lui devint, dit-il, absolument impossible de soulever des fardeaux ou de faire quelque course sans être pris de douleurs lancinantes dans la région inguinale gauche. Les douleurs se font également sentir, quoique plus rares et moins vives à la hauteur de l'épine illiaque antéro-supérieure gauche et entre cette dernière et le grand trochanter. Chose curieuse, le passage de la position accroupie ou même assise à la position debout, pour peu qu'il soit brusque, lui est extrêmement pénible. Indépendamment de la douleur, le malade accuse une grande gêne résultant du volume exagéré de son scrotum qui est, en effet, très flasque, allongé au double de la longueur normale et pendant surtout à gauche. Le côté gauche est rempli par un paquet énorme de veines au milieu desquelles le testicule ne peut être senti qu'après quelques recherches. Les varices se prolongent jusqu'au canal inguinal. On ne sent pas de calcification, et il est difficile, par le palper, de dire lequel des vaisseaux antérieur ou postérieur est le plus ectasié.

Le 14 février, on procède à l'opération. La peau du scrotum étant maintenue par un aide, l'incision est faite de telle sorte qu'elle rende à la verge sa quantité de peau normale, car le tiers inférieur du pénis était enfoui dans le scrotum, par suite du développement excessif de ce dernier. L'incision est donc d'abord dirigée en ligne droite jusqu'à l'union de la verge et du scrotum, puis coudée directement en arrière. La vaginale s'est trouvée pincée et a été incisée, mais quelques points de suture ont suffi à la rétablir. On fait dix-huit sutures au crin de Florence. L'anesthésie cocaïnique est restée parfaite tout le temps de l'opération et le malade n'a ressenti aucune douleur. Le 21 février, les points de suture sont enlevés et rien ne laisse à désirer. Le 27, le pansement compressif est enlevé définitivement. Les douleurs inguinales et trochantériennes ont disparu et le malade sort en se déclarant très satisfait.

Il avait été fait sept injections d'une solution de cocaïne à un

pour cent, le long d'une ligne allant de l'extrémité inférieure du raphé scrotal à deux centimètres sur la verge.

Observation X.

Victor G..., 21 ans, mécanicien, entre, le 14 avril, dans le service de M. Reclus, réclamant une intervention pour un varicocèle qui lui fut révélé, à l'âge de 17 ans, d'une manière inopinée. A cet âge et à une date que le malade précise très nettement, le 15 janvier 1889, il a ressenti un matin une violente douleur dans les bourses, qu'il compare à celle qu'il éprouverait si on lui comprimait fortement les testicules. Cette première crise a duré environ une demi-heure. Le lendemain, le même symptôme s'est reproduit, alors que le malade était au lit; la violence de la douleur était telle qu'il lui fut impossible de se lever et de se tenir debout. Après avoir duré près de trois heures, la douleur disparut d'une manière brusque, comme elle l'avait fait la veille. A une troisième reprise, il est allé consulter un médecin qui, diagnostiquant le varicocèle, conseilla le port d'un suspensoir. Pendant trois mois, ce simple traitement a réussi. Après ce laps de temps, les douleurs reparurent, surtout à la suite d'une fatigue plus considérable que d'ordinaire, moins fortes, il est vrai, que précédemment, mais plus continues, avec un sentiment de tiraillement pénible remontant vers la région rénale qui est saine, du reste. Il n'y a pas traces de varices aux jambes, pas d'hémorrhoïdes. Sa mère a des varices et son père porte un suspensoir depuis près de cinq ans.

Désireux de pouvoir accomplir son service militaire dans la marine, le malade demande une opération, qui est faite le 16. Neuf injections de la solution de cocaïne sont faites le long de la ligne que doit suivre le bistouri et qui est tracée par la pince courbe. On constate, après l'incision du scrotum, que le testicule gauche est notablement plus petit que celui du côté droit. Ligature des vaisseaux qui saignent. 20 coutures au crin de Florence. Pansement compressif. Aucune douleur les jours suivants; pas de suppura-

tion. Réunion complète par première intention. Derniers fils enlevés le 23 avril. Le malade sort le 26 avril portant, par mesure de précaution, un suspensoir et un léger pansement compressif.

Observation XI.

(Due à l'obligeance de M. Reclus.)

M. H. O..., âgé de 27 ans, ne présente aucune espèce d'antécédents héréditaires et sa santé est excellente. Il est arthritique, très nerveux, un peu hypochondriaque. Nous n'avons à signaler aucun passé urethral; ni syphilis ni blennorrhagie. En 1884, il a eu les oreillons, mais sans métastase testiculaire. En 1886, il a reçu un coup de fleuret sur le scrotum, et c'est depuis cette époque que notre client accuse de la pesanteur dans les bourses. Cependant, la marche est facile, et l'équitation n'exaspère en rien la souffrance. Cependant, comme les bourses présentent un volume plus considérable et que les crises deviennent plus douloureuses et plus fréquentes, le malade se décide à nous consulter en avril et nous constatons un double varicocèle; mais, au contraire de ce que l'on observe d'habitude, les veines du côté droit sont au moins du double plus volumineuses que celles du côté gauche. Aussi, explorons-nous avec attention la région rénale correspondante pour voir si les varices ne seraient pas symptomatiques. Il n'en est rien et la palpation ne nous révèle aucune augmentation de volume du côté du rein. Il est vrai que quinze jours après, lorsque le malade vient nous consulter, cet aspect a changé et nous trouvons le cordon gauche formé de veines aussi dilatées que celles du cordon droit. La pesanteur, la sensibilité, la gène pendant la marche, les crises douloureuses après fatigue ne font qu'augmenter; aussi, proposons-nous une intervention qui est acceptée, et, le 19 avril, nous avons recours à la résection du scrotum. L'opération a été faite sous la cocaïne et le malade n'a point éprouvé de douleur. La section de la peau a été un peu plus abondante à droite qu'à gauche, car le testicule droit descendait un peu plus bas que le testicule

gauche. Quelques vaisseaux de la cloison ont saigné et ont été liés à la soie : 20 points de suture ont été mis pour rapprocher les lèvres de la plaie, puis nous avons appliqué un pansement compressif. Le mardi 25 avril, nous avons enlevé le pansement. La réunion par première intention était obtenue. Aussi, avons-nous ôté la plupart des fils. Le lendemain, les derniers fils ont été enlevés et la guérison est parfaite.

Observation XII.

M. X... est reconnu atteint d'un volumineux varicocèle gauche, alors qu'on l'examinait pour une autre affection. Les bourses, très distendues, descendent jusqu'au tiers environ de la cuisse. C'est surtout depuis deux ans que le malade, soumis à l'examen de M. Reclus, dit avoir remarqué l'allongement progressif de son scrotum, qui s'est surtout développé dans le courant de cette dernière année. En même temps que ses bourses augmentaient de volume, le malade ressentait une série de symptômes qu'il analyse très bien, mais qu'il ne savait à quelle cause rapporter. Les dimensions acquises par le varicocèle étaient une source de gêne continuelle et fréquemment, « toutes les demi-heures, dit le malade, je portais la main aux organes génitaux, afin de remettre en place quelque chose qui me gênait ». Il nie absolument tout antécédent uréthral. Après plusieurs heures de station verticale, il éprouvait vers le périnée et dans la région des reins des douleurs intolérables, auxquelles faisait suite une sensation pénible de pesanteur et de tiraillement dans ces mêmes régions. Peu à peu, la marche, qui jadis ne le fatiguait jamais, était devenue difficile, et il devait avoir recours, vers ces derniers temps principalement, aux omnibus et voitures pour des courses qui n'étaient précédemment pour lui qu'une promenade. On ne constate à la palpation, au milieu du paquet des veines spermatiques, aucune atrophie testiculaire appréciable. Heureux de connaître la cause de ses souffrances et désireux d'y porter remède, le malade accepte l'opération, qui est pratiquée par M. Reclus, le 17 mai, selon le procédé ordinaire.

Sept injections, avec la seringue de Pravaz, de la solution de cocaïne à un pour cent ont suffi à produire l'anesthésie locale, et l'opéré n'a éprouvé aucune douleur durant le temps de l'opération. Sutures superficielles au crin de Florence, pansement compressif. Au bout de huit jours, les fils sont enlevés, et la réunion par première intention complète. Le 7 juin, le malade revu n'éprouve aucune douleur à la pression et se déclare satisfait. Les symptômes ci-dessus énoncés ont tout à fait disparu.

Observation XIII.

L..., Honoré, 19 ans, infirmier, atteint d'un volumineux varicocèle gauche, est opéré le 31 mai 1892. L'anesthésie locale est obtenue avec sept injections de la solution de cocaïne le long de la future incision. Le scrotum exubérant est saisi entre deux pinces courbes de Richelot et excisé. L'hémostase est faite le plus complètement possible. Les sutures au crin de Florence sont appliquées sur un seul plan et un pansement compressif à la gaze iodoformée recouvre la plaie. Pas de fièvre immédiate. Quelques jours après l'opération, en changeant le pansement déplacé par les mouvements du malade, on découvre un petit hématome qui suppure et contre lequel on intervient. Bientôt, le malade est pris d'épistaxis; sa température augmente progressivement et s'élève à 40°. Une douleur localisée dans la fosse iliaque droite, une diarrhée intense font craindre la fièvre typhoïde et le malade est envoyé en médecine. Les symptômes précédents s'accusent et continuent; la fosse iliaque droite devient le siège d'un empâtement considérable et tous les signes d'un foyer purulent dans cette région décident à une laparotomie latérale. Cette opération permet d'évacuer une quantité considérable de pus. 24 heures après la laparotomie, le malade a du délire et, dans les 36 heures, il meurt sans que l'on ait pu s'expliquer cette suppuration de la fosse iliaque droite.

Observation XIV.

M..., André, 36 ans, employé au chemin de fer, jouissant depuis son enfance d'une santé excellente, ne présente ni hémorrhoïdes ni varices des membres inférieurs. Jamais, dit-il, il n'a eu la blennorrhagie, et on ne trouve aucune trace de syphilis. Rien d'intéressant à noter dans les antécédents héréditaires. Ce qui l'amène dans le service de M. Reclus, c'est la persistance de phénomènes douloureux qui ont débuté, il y a un an environ, d'une manière brusque. A cette date, le malade, en soulevant un fardeau, ressentit tout à coup dans la région des reins une douleur vive, qui se reproduisit maintes fois dans les mêmes circonstances. A partir de ce moment, un sentiment de pesanteur pénible dans l'aine du côté gauche vint s'ajouter à ces crises, et cette sensation alla s'accentuant toujours davantage. Les crises douloureuses survenaient à l'occasion d'un effort quelque peu considérable. En même temps, les bourses augmentaient de volume et le malade s'apercevait de l'état variqueux des veines spermatiques qui formaient une tumeur. Cet employé, qui a été contraint de réclamer du repos, demande une intervention. A son entrée à l'hôpital, le 5 juin, on constate un scrotum allongé et flasque, sans que ses parois soient sillonnées de veines dilatées. Dans le décubitus dorsal, il est difficile de sentir cette tumeur dont nous parlions plus haut; mais, si l'on a soin de faire lever le malade et de le faire marcher un peu, le varicocèle s'accentue très nettement, et l'on sent aisément, autour du canal déférent gauche, les varices des veines spermatiques remontant jusque dans l'intérieur du canal inguinal, Il n'y a pas à redouter d'atrophie testiculaire. M... est marié et père de cinq enfants.

Le 8, l'opération est faite sous la cocaïne. Le malade a souffert un peu au moment de l'incision du scrotum, parce que le bistouri avait suivi de trop près la dernière injection pratiquée dans les téguments. L'hémostase fut parfaite et, après la suture des lèvres de la plaie, on pouvait voir les testicules relevés et solidement appliqués

et maintenus vers l'orifice des canaux inguinaux par le suspensoir naturel taillé dans le scrotum. Le pansement à la gaze iodoformée et à la ouate de tourbe, enlevé et remplacé le quatrième jour. La réunion était déjà obtenue sans suppuration.

CONCLUSIONS

1° Le varicocèle se rencontre fréquemment, mais ne réclame d'intervention chirurgicale que dans un nombre de cas relativement restreint;

2° Le procédé de Henry (de New-York), avec les modifications apportées par notre maître, M. Reclus, nous semble, par sa simplicité opératoire, sa bénignité et les résultats qu'il donne, pouvoir être employé dans l'immense majorité des cas;

3° Son emploi fait disparaître les douleurs, supprime la gêne et la pesanteur, et amène une diminution notable des veines variqueuses spermatiques;

4° Cette opération peut être faite à la cocaïne. M. Reclus l'a déjà pratiquée plus de quinze fois avec cet anesthésique et l'opéré n'a jamais ressenti la moindre douleur.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bennett (William). — The Lancet, 7 mars 1891. London, p. 582.

Bernard (L.). — Contribution à l'étude du tr. du varic. par l'électrolyse. Th. doct. Paris, 1880.

Boyer. — Trait. des mal. chir., t. X, p. 231. Paris, 1825.

Breschet. — Nouv. méth. de traiter et de guérir le cirsocèle et le varic. Gaz. médic., 1834, p. 33.

Bureau. — Du varic. et de son trait. Th. doct. Paris, 1856.

Carré. — Essai critique sur l'étude du varic. Th. doct. Paris, 1866.

Celse. — Trad. par Vedrenc. Paris, 1876, p. 527.

Cooper (Ast.). — Guy's Hospital Reports, 3 vol. London, 1838.

Cooper (Bransby). — Guy's Hospital Reports. London, 1839, avril.

Curling. — Traité des maladies du testic. Trad. de Gosselin. Paris, 1857.

Championnière (Just.-L.). — Journal de médecine et de chir. pratiques, nov. 1887. Paris.

Championnière (Just.-L.). — Bulletin de la Société de chirurgie. Paris, 1889.

Dionis. — Cours d'opérations de chirurgie. Paris, 1707.

Doumenge. — Du varic. de la queue de l'épid. Th. doct. Paris, 1875.

Duma. — Trait. du varic. Th. doct. Paris, 1891.

Follin et Duplay. — Traité élém. de path. ext., t. VII. Paris, 1887.

Guilminot. — Du varic. et de son trait. Th. doct. Paris, 1859.

Guyon et Hache. — Ann. des mal. des org. gén. ur. Paris, 1884, p. 208.

Henry (H.). — The medical Record, 1881, p. 589.
Henry (H.). — The medical Record, 1882, p. 509. New-York.
Horteloup (P.). — Du trait. du varic. par la rés. du sc. et des v. funiculaires. Communic. à l'Acad. de méd., mars 1885.
Landouzy. — Journ. des conn. médico-chir. Paris, 1838.
Le Dentu. — Ann. des mal. des org. gén. ur. Paris, 1887, p. 14, 92 et 631.
Lee (H.). — Cure radicale du varic. Lancet, 1881, t. I, p. 103.
Levis (R.-J.). — Medical Times, p. 69, nov. 1871. Philadelphia.
Nélaton (A.). — Pathol. chirurg., t. V. Paris, 1859.
Nicaise. — Revue de chirurgie. Paris, 1884, p. 364.
Percepied. — Applic. de l'électric. au trait. du varic. Th. doct. Paris, 1887.
Perier (Ch.). — Thèse de doct. Paris, 1864.
Reclus et E. Forgue. — Art. varicocèle in Dict. Dechambre. 5e série.
Reclus. — Ann. des mal. des org. gén. ur. 1889, in art. Segond.
Reclus. — Traitement du varicocèle. Mercredi médical, 1893.
Sappey. — Traité d'anat. descript., 4e éd. Paris.
Segond. — Art. varicocèle, in dict. Jaccoud, t. XXXVIII.
Segond. — Semaine médicale. 1888, Paris, p. 385.
Segond. — Bulletin de la Société de chir., 1889.
Segond. — Ann. des mal. des org. gén. ur. Paris, 1889.
Tillaux. — Traité d'anat. topog. Paris, 1891, p. 829.
Trandofiresco. — Thèse de doct. Paris, 1867.
Velpeau. — Gazette des hôpitaux. Paris, 1844, p. 357 et 442.
Verneuil. — Bulletin de la Société de chirurgie. Paris, 1855.
Vidal (de Cassis). — Gazette des hôpitaux. Paris, 1844.
Vincent (A.). — Trait. du varic. Applic. de la méthode antiseptique. Th. doct. Paris, 1884.
Wiart. — Trait. du varic. par les inj. de perch. de fer. Th. doct. Paris, 1866.
Wickham. — Thèse de doct. Paris, 1855.
Wickham. — Union médic., 3 mars et 8 sept. Paris, 1887.
Wormald. — London Medical Gazette. 1838, p. 194.

Paris. — Imp. de la Faculté de Médecine, Henri Jouve, 15, rue Racine